

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1901-1902 — N° 28

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
PÉRITONITE AIGÜE GÉNÉRALISÉE
CONSÉCUTIVE
à l'Ulcère perforé de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert BRUN

Né à Arcachon (Gironde), le 19 Août 1879.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta 32

—
1901

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

Péritonite aiguë généralisée

CONSÉCUTIVE

à l'Ulcère perforé de l'Estomac



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
PÉRITONITE AIGÜE GÉNÉRALISÉE
CONSÉCUTIVE
à l'Ulcère perforé de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert BRUN

Né à Arcachon (Gironde), le 19 Août 1879.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta 32

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR,
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUMEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLONG.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS. —
Propédeutique médicale.	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; DURAND, *Assesseur*;
MM. BÉRARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MES GRÂND S PARENTS

*Témoignage de mon affection et de
ma profonde reconnaissance.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

La question du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et de ses complications est actuellement à l'ordre du jour. Si l'on dispute encore sur le plus ou moins d'opportunité de l'intervention dans les cas d'hématémèse grave, tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'une intervention rapide dans les cas de perforation avec péritonite généralisée ; ici les chances de guérison spontanée sont si minces que l'indication opératoire est formelle. Cependant le traitement chirurgical de la péritonite aiguë généralisée consécutive à l'ulcus perforé compte au nombre des plus récentes acquisitions de la chirurgie. En 1880, Mickulicz fait le premier la suture d'un ulcère perforé ; le malade meurt trois heures après l'opération dans le collapsus. Après lui, Steinhil en 1888 intervient deux fois avec insuccès. D'autres, comme Nissen, Korte, Heussner, interviennent et n'ont que des échecs. Le premier succès appartient à Kriege 1892. Depuis, les chirurgiens ont été beaucoup plus heureux. En Angleterre, Morse de Norwick, Mac Larren de Carlisle, ont guéri leur malade ; en Suisse, Roux, de Lausanne, a également remporté un beau succès.

La première opération pratiquée en France a été exécutée par Monsieur le professeur Poncet ; bientôt après Walther et Le Dentu font paraître deux observations malheureuses ; Michaux plus heureux a sauvé son malade et son observation a été, de sa part, l'objet d'une importante communication au Congrès français de Chirurgie de Lyon (1894). Depuis, en France, nous ne comptons que de très rares succès : Hartmann (1894) ; Maclaure (1897) ; Villard (1901).

Les Allemands et les Américains ont en revanche des résultats opératoires relativement bons.

Cette branche encore neuve de la thérapeutique chirurgicale a donc besoin de faits nouveaux pour se documenter. Dans cette étude nous ajouterons aux faits déjà connus, quelques observations récentes. Nous étudierons les procédés dont dispose le chirurgien pour lutter contre cette affection, nous les discuterons et nous établirons leur influence sur son pronostic.

C'est sur le conseil de M. le professeur Poncet que nous avons entrepris ce travail. Nous sommes heureux et fier d'avoir été pendant trois années l'élève d'un tel maître ; nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en présidant la soutenance de notre thèse.

Nous remercions aussi bien vivement MM. les docteurs X. Delore et M. Thévenot, chefs de clinique chirurgicale, des conseils et des renseignements qu'ils nous ont prodigués avec leur affabilité habituelle.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
Péritonite Aiguë Généralisée
CONSÉCUTIVE
à l'Ulcère perforé de l'Estomac

TRAITEMENT

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de la péritonite généralisée par perforation de l'ulcère stomacal : le malade livré à lui-même est sûrement condamné à une mort rapide, le seul moyen de le sauver est le traitement chirurgical. Dès 1893, M. le professeur Poncet, après une laparotomie entreprise pour une perforation aiguë de l'estomac, écrivait : « L'intervention chirurgicale dans les lésions de ce genre doit être considérée

comme innocente, et si le malade succombe malgré les règles d'une asepsie complète, il succombe malgré l'opération qui seule eût pu le guérir et non par le fait de l'acte opératoire. »

OPÉRATION

L'intervention chirurgicale pour péritonite généralisée par perforation de l'ulcus rotundum comporte trois temps principaux :

- 1° La laparotomie ;
 - 2° La recherche de la perforation ;
 - 3° Le traitement de la perforation.
-

I. — LA LAPAROTOMIE

L'incision de l'abdomen doit être faite sur la ligne médiane, immédiatement au dessus de l'ombilic ; si cela est nécessaire, on adjoindra à cette incision verticale médiane une incision transversale, faisant avec la première un angle droit et se dirigeant à gauche vers le rebord costal. Keen pense que, si le diagnostic de perforation de l'ulcère a été porté d'une façon ferme, l'incision de choix est une incision parallèle au rebord costal ou incision convexe en bas répondant par sa base au rebord costal gauche, cette incision étant celle qui permet le mieux d'atteindre la région du cardia, siège le plus fréquent des ulcères perforés. Cette ligne d'incision de Keen, bonne pour une gastrostomie, ne convient pas à l'exploration et à la recherche de la perforation. Tous les chirurgiens emploient la laparotomie médiane sus-ombilicale et s'en trouvent très bien : toutefois pour se donner du jour, on pourra adjoindre une incision transversale à l'incision médiane.

II. -- RECHERCHE DE LA PERFORATION

L'abdomen ouvert, le péritoine légèrement incisé, deux cas peuvent se présenter au chirurgien ;

1° Ou bien la perforation s'offre immédiatement aux yeux de l'opérateur ;

2° Ou bien la perforation est invisible.

Dans ce dernier cas, si l'état général du malade autorise une opération de durée assez longue et si le péritoine libre d'adhérences, permet au chirurgien l'examen d'un estomac entièrement mobile, la perforation devra être recherchée avec soin. Si, au contraire, l'opéré est dans le collapsus et s'il faut aller vite, ou bien encore si l'estomac est englobé dans des adhérences qu'il faut respecter, de parti pris, le chirurgien doit abandonner la recherche de l'ulcère perforé et se contenter de traiter la péritonite par un tamponnement à la Mickulicz et un large drainage de la grande cavité abdominale.

Dans tous les cas, la recherche de la perforation devra être rapide, pour épargner à un malade déjà très affaibli un shock opératoire considérable et fatalement mortel.

III. -- TRAITEMENT DE LA PERFORATION

—

La perforation est traitée par six procédés :

- 1° Résection de l'ulcère suivie de suture ;
- 2° La suture ;
- 3° La gastrostomie ;
- 4° La gastro-entérostomie ;
- 5° Le procédé du bouchon épiploïque ;
- 6° Le tamponnement et le drainage à la Mickulicz.

1. — Résection de l'Ulcère suivie de Suture

La résection de l'ulcère suivie de suture est l'intervention idéale. En même temps qu'elle oblitère la perforation, elle guérit radicalement l'ulcère en le supprimant.

Pour la réaliser, il est nécessaire de bien attirer au dehors la portion de l'estomac sur laquelle on va opérer ; cette région sera soigneusement séparée de la cavité abdominale à l'aide d'éponges ou de compresses. En

quelques coups de ciseaux, le chirurgien pratique l'excision de l'ulcère, enlève les parties altérées et réunit ensuite les lèvres de la perte de substance par une suture à la Lembert.

La résection, pour être effectuée convenablement, nécessite :

1° D'une part, un temps forcément long quelles que soient l'habitude et l'habileté de l'opérateur, d'où un shock opératoire d'autant plus défavorable au résultat que l'état général du malade est déjà très mauvais.

2° D'autre part, un estomac libre d'adhérences qui puisse être amené facilement au dehors de la cavité abdominale.

Puis, en général, les dimensions de l'ulcère dépassent de beaucoup les limites de la perforation et pour faire une opération utile, il faudrait toujours dépasser un peu les limites de l'ulcère, ce qui peut entraîner à faire une large résection.

En somme, cette méthode toute idéale ne trouve en pratique que de très rares applications. Dans notre tableau des interventions, deux chirurgiens seulement ont eu recours à ce procédé. Lucke, en 1892, pour un ulcère perforé de la paroi antérieure de l'estomac, fait la résection de l'ulcère suivie de suture en deux plans, et draine largement. Son malade meurt quatre jours après. L'année suivante, Roux, de Lausanne, plus heureux, sauve son malade opéré treize heures après le début des phénomènes aigus, en ouvrant les bords de la perforation et en suturant secondairement à la soie. En résumé, sur 29 interventions, 2 cas de résection suivie de suture, dont 1 succès.

2. — La Suture

La suture directe est le procédé le plus généralement employé et il est évidemment le plus rationnel puisqu'il s'adresse directement à la cause première. Comme le montrent nos observations, tous les chirurgiens ont tenté la suture, et s'ils se sont adressés à une autre méthode thérapeutique, c'est seulement après avoir reconnu l'impossibilité de la réunion par première intention.

Dans presque tous les cas il y a eu tentative de suture ; il est vrai de dire que bien souvent elle a été impossible ou pratiquée d'une façon bien imparfaite. Les points de suture à la Lembert ou à la Czerny ont été très rarement employés, mais il faut le reconnaître, toujours avec succès : Michaux a obtenu un très beau succès en 1894, grâce au soin méticuleux qu'il a pris de ses sutures à la Lembert. « Une première tentative de suture sur les bords de l'orifice ayant échoué, les tissus trop friables se laissant couper par les fils, Michaux reporte plus loin sa suture ; il fait un premier plan de sutures séro-musculaires sans y comprendre la muqueuse et renforce ce premier plan par un second rang de sutures séro-séreuses ».

Le procédé est bon, mais il nécessite une exécution attentive et longue. Sur 12 cas d'ulcères perforés traités uniquement par la suture, nous enregistrons 4 succès et 8 morts.

3. — Gastrostomie temporaire

La fermeture de la perforation et la cicatrisation consécutive de l'ulcère obtenues par la suture de l'estomac à la paroi antérieure de l'abdomen, est un procédé qui a sa valeur, bien que dans le relevé dans nos observations nous ne trouvions qu'un seul cas où il ait été employé d'ailleurs avec succès (Villard, avril 1901). Cette méthode, qui consiste essentiellement dans la réunion par suture des parties avoisinant l'ouverture stomacale au péritoine pariétal, et dans la formation d'une fistule analogue aux fistules consécutives aux gastrostomies, doit être pratiquée dans certaines conditions que nous allons exposer.

M. Villard a été conduit à faire cette intervention dans les circonstances suivantes : la laparotomie effectuée le chirurgien tombe sur une collection hydro-aérique dont l'ouverture donne issue à une notable quantité de gaz et de liquides ; cette poche primitivement enkystée, entre la paroi supérieure et antérieure de l'estomac, la face inférieure du foie et l'épiploon gastro-hépatique, s'est rompue et cette rupture a déterminé les phénomènes subits de la péritonite par perforation. Le contenu de la collection périgastrique évacué et la perforation découverte, on tenta mais en vain l'oblitération de l'ouverture stomacale. Les points de suture lâchent les uns après les autres, les fils coupent le tissu friable dès qu'on essaye de les serrer.

La conduite à tenir devenant difficile, M. Villard, pour prévenir l'écoulement du liquide gastrique dans le grand péritoine, songe à faire ce que la nature avait ébauché, et crée une barrière supérieure au liquide septique en suturant la face antérieure de l'estomac en son milieu à la paroi antérieure de l'abdomen.

Par ce procédé de nécessité, le chirurgien détermine aussi la création de deux poches, bien isolées l'une de l'autre : la supérieure est formée par le foyer de péri-gastrite avec la perforation stomacale; elle est drainée avec un gros drain et des mèches de gaze; l'inférieure répond à la grande cavité abdominale; on y place un tamponnement à la Mickulicz pour immobiliser et agglutiner les anses intestinales infectées.

Cette gastrostomie n'a été que temporaire. Peu à peu la plaie abdominale s'est comblée, et au bout d'un mois et demi, il ne restait plus qu'une petite fistulette qui disparut bientôt.

En somme, M. Villard devant l'impossibilité absolue d'oblitérer la perforation, a isolé par des adhérences et par la suture à la peau la poche inflammatoire, de façon à détourner ses sécrétions à l'extérieur; il a fait une espèce de marsupialisation analogue à celle pratiquée dans le traitement des abcès du foie.

Ce procédé nous semble bon. Est-ce à dire qu'on doive le mettre en balance avec la résection suivie de suture ou même avec la suture simple? Ces deux procédés restent, à notre avis, les procédés de choix, mais ils ne sont pas toujours praticables et nous recommandons la marsupialisation avec gastrostomie temporaire dans le cas :

1° Où l'ulcère est profondément situé dans le foie ou haut placé sur le cardia.

2° Où l'estomac est très friable.

3° Où l'étendue des lésions inflammatoires contre-indiquent la résection des parties malades et la suture des parois gastriques.

4. Enfin et surtout dans les cas où le voisinage de l'ulcère et du péritoine a déterminé du côté de la séreuse péritonéale une collection purulente localisée dont la rupture secondaire a provoqué une péritonite généralisée.

Il est une circonstance cependant où cette opération nous semble appelée à de moins bons résultats ; c'est lorsqu'au lieu d'être placée assez haut, comme dans le cas de M. Villard, la perforation siège à une partie déclive de l'estomac. Dans ces circonstances, ce viscère est absolument incontinent et la perforation continuellement irritée par le passage du suc gastrique, n'a pas de tendance à se cicatriser. M. Jaboulay chez un de ses malades atteint de péritonite purulente localisée, ne put malgré huit tentatives successives d'enfouissement arriver à la cicatrisation de la perforation, celle-ci siégeant en effet tout près du pylore.

Aussi dans ces cas, en agissant de bonne heure, vaudrait-il mieux faire la gastro-entérostomie qui dérive rapidement vers l'intestin les liquides stomacaux. Ceci nous amène à parler du rôle de la gastro-entéro-anastomose dans le traitement des perforations stomacales.

4. — Gastro-entérostomie

La gastro-entérostomie a été pratiquée assez rarement comme traitement de la péritonite généralisée par ulcus perforé.

Dans nos observations, nous relatons seulement le cas unique de Braün ; encore ce dernier n'a-t-il pratiqué cette opération que comme une intervention complémentaire ; après avoir fermé la perforation au moyen d'un bouchon épiploïque, Braün, pour assurer la cicatrisation des points de suture, a dérivé les liquides stomacaux en abouchant l'estomac et l'intestin.

Ici et d'une manière générale, la seule gastro-entérostomie praticable est la gastro-entérostomie par la voie postérieure ou procédé de Von Hacher, en raison de la compression possible du colon, et de la formation de *circulus viciosus*. Avec M. Hartmann, nous recommandons la gastro-entérostomie simple, sans apporter la modification, un peu longue comme exécution, indiquée par Wölfler et Roux.

Il importe, au cours de cette opération, d'observer les deux recommandations sur lesquelles insistent tant MM. Terrier et Hartmann dans leur traité de Chirurgie de l'Estomac : Il faut tout d'abord attirer hors de la plaie la face postérieure de l'estomac et l'anse jéjunale située à vingt centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, toujours reconnaissable, entourer le champ opératoire de com-

presses de façon à se tenir en dehors de la cavité péritonéale. En second lieu, les sutures seront pratiquées d'une façon toute spéciale, que ces auteurs appliquent pour toute opération intestinale ou stomacale. C'est un surjet à deux plans, l'un total perforant, occlusif et hémostatique à la fois, l'autre séro-musculaire, non purulent, enfouissant le premier. Ce procédé d'anastomose n'a jamais donné que des succès.

Braün a obturé la perforation, puis, secondairement, a anastomosé l'estomac et l'intestin. M. Jaboulay a proposé dernièrement un moyen très ingénieux de combiner l'occlusion de la perforation gastrique avec la dérivation des liquides stomacaux ; il conseille de faire la gastro-entérostomie en utilisant l'orifice de la perforation.

M. Jaboulay n'a pas mis cette idée à exécution chez les malades qu'il a eu à traiter de perforations de l'estomac, car on pouvait craindre que le bouton anastomotique ne déchirât les tuniques stomacales dont la friabilité était extrême.

La gastro-entérostomie peut donc entrer en ligne de compte dans le traitement de la péritonite généralisée par ulcère perforé à un double titre. Tout d'abord, elle peut servir d'opération complémentaire assurant le succès de l'opération première ; elle sera un très utile complément de la suture ou de l'obturation de la perforation par un bouchon épiploïque (Braün) ; la dérivation rapide vers l'intestin des liquides gastriques et leur court séjour dans l'estomac seront une garantie de plus de la consolidation des sutures. De plus, la diminution du travail procuré au viscère, et l'élimination ou au moins la diminution de la rétention de son contenu et de l'hyper-

chlorhydrie qui en est la conséquence, sont autant de résultats indiscutables pour la guérison de la maladie.

Enfin, la gastro-entéro-anastomose peut être pratiquée à titre d'intervention curative et définitive en utilisant l'orifice de la perforation ou encore en réséquant la paroi de l'estomac correspondant à l'ulcère avec gastrorraphie consécutive.

5. — Le Procédé du Bouchon épiploïque

On peut chercher à obturer la perforation en greffant au devant d'elle un morceau d'épiploon. Le premier cas que nous ayons relaté est celui de Bennett qui, en 1896, sauve son malade en rebouchant la plaie stomacale avec un morceau de l'épiploon gastro-hépatique. « Les parties avoisinant la perforation étaient dures et infiltrées sur une étendue d'environ trois pouces. La réunion immédiate des lèvres de l'ouverture était impossible, étant donnée la rigidité des tissus, et les sutures coupèrent les tissus à cause de leur résistance à un rapprochement immédiat. Bennett prit alors un morceau d'épiploon et, comme on bouche une bouteille, ferma l'ouverture stomacale. » (Braün, relation de l'opération de Bennett, in *Central Blatt für der Chirurgie*, 1898). L'année suivante, Braün opérait, de la même façon, une de ses malades qui présentait une perforation de la paroi antérieure de l'estomac. Chez sa malade, la résection de l'ulcère était impossible, à cause des adhérences aux organes voisins

et la suture simple impraticable, les fils coupant les tissus friables. Dans cette circonstance, on aurait pu chercher à faire une gastro-entérostomie, Braün préféra obturer la perforation avec un bouchon d'épiploon. La malade guérit d'ailleurs très bien. M. le médecin-major Rioblanç (1898), après une tentative vaine de suture immédiate, fit quelques points perforants et fixa en avant de cette suture imparfaite, l'épiploon relevé.

Ce traitement des perforations stomacales par un bouchon épiploïque est évidemment un procédé de nécessité, et ne peut recevoir une application générale. Cependant, il trouvera son indication dans les cas difficiles où tous les procédés d'intervention directe ont échoué, en particulier dans ces cas où des adhérences nombreuses interdisent l'accès de la perforation et la mobilisation de l'estomac.

On a objecté que le fragment d'épiploon, au contact du suc gastrique, va se désagréger et se dissoudre. Mais l'épiploon est un organe vivant et bien vascularisé. D'ailleurs ne voyons-nous pas fréquemment l'occlusion des parois stomacales se produire par adhérences cicatricielles avec des organes voisins à tissus plus délicats et notamment avec le pancréas ?

6. — Tamponnement et Drainage à la Mickulicz

Il est des cas particulièrement graves, et où l'état général nécessite une intervention de courte durée. Dans ces circonstances, M. le professeur Poncet est

d'avis de faire simplement une laparotomie, suivie d'un large drainage à la Mickulicz. Ici, le chirurgien devra chercher à provoquer un drainage sûr et un cloisonnement rapide, conditions merveilleusement remplies par le Mickulicz. Dans les cas d'infection suraiguë, les adhérences ne se forment généralement pas et le Mickulicz constitue alors un véritable toit protecteur sur lequel les anses intestinales viennent presser sans l'effondrer. Puis, lorsque le péritoine aura diminué l'intensité de l'infection, le cloisonnement se produit, le foyer infecté se localise et devient extrapéritonéal.

M. le professeur Poncet recommande de ne pas toucher au Mickulicz avant le dixième ou le douzième jour et encore devra-t-on se borner à enlever les mèches partiellement ou s'il s'agit de la bourse du Mickulicz, à extraire seulement les lanières contenues dans le sac. Quant au sac lui-même, il sera laissé en place pendant douze ou quinze jours et même davantage.

Le tamponnement à la Mickulicz est aussi un précieux adjuvant de la marsupialisation avec gastrostomie temporaire : M. Villard a terminé son opération par un tamponnement qui a certainement joué un grand rôle dans la réussite de l'intervention,

FIN DE L'OPÉRATION

Le péritoine sera drainé à la gaze ou tamponné à la Mickulicz.

Dans la réunion de la Société de Chirurgie de Lyon du 23 mai 1901, M. Jâboulay prétend le drainage avec des tubes de caoutchouc préférable au Mickulicz dans les cas où le péritoine renferme du pus. Cette question est encore discutée et il ne nous appartient pas de la trancher. On peut combiner le drainage au caoutchouc et le tamponnement à la Mickulicz, comme l'a fait M. X. Delore. Cependant jusqu'à plus amples démonstrations, nous recommandons le Mickulicz comme moyen sûr de drainage et de cloisonnement.

Il est préférable de ne pas faire de sutures cutanées et de laisser la plaie abdominale largement ouverte.

SOINS POST OPÉRATOIRES

Le blessé, bien pansé, sera rapporté dans son lit et soigneusement réchauffé. Injection de 500 grammes de sérum artificiel et piquûre de caféine.

Pendant les premiers jours, diète absolue : puis, les jours suivants, alimentation légère, lait et œufs jusqu'à la reprise du régime ordinaire, l'hyperchlorhydrie et l'ulcère ayant généralement disparu après l'intervention, et n'obligeant plus le malade à un régime spécial.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mickulicz, 1884 (*Revue internationale*)

Homme, 26 ans, perforation datant de 24 heures, péritonite généralisée, *laparotomie, suture* d'un ulcère de la paroi intérieure de l'estomac. Mort 3 heures après l'opération.

OBSERVATION II

Steinthal (*Archives de cliniques chirurgicales* 1888, t. XXVII, p. 53)

Ulcère perforant voisin du pylore. Péritonite, Opération au bout de 2 jours. Mort 6 heures après l'intervention

Sommelier, 33 ans. Il y a longtemps, avait souffert de l'estomac. Il y a 2 jours, avait senti à droite de l'ombilic, dans une étendue de la largeur de la main, une douleur vive et subite. Il lui sembla en même temps que quelque chose lui tombait dans la partie inférieure de la cavité abdominale. État actuel : vomissements incessants, arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, tympanisme à l'épigastre, à l'hypogastre, disparition de la matité hépatique, matité dans les lombes, dans le flanc droit et la fosse iliaque droite.

Diagnostic : perforation du cœcum ou de l'estomac ayant déterminé un épanchement de gaz dans le péritoine.

Laparotomie. — Incision médiane. Issue de gaz d'odeur fétide, pas de lésions cœcales. Seconde incision horizontale, perforation sur la portion pylorique de l'estomac, *suture* en étages. Mort la nuit suivante.

Autopsie. — Péritonite fibrineuse dans une grande étendue, perforation de l'estomac consécutive à un ulcère de vieille date avec péritonite circonscrite à ce niveau.

OBSERVATION III

Mickulicz, 1889 (*Arch de cliniques chirurgicales*, t, XXXIX, p. 780)

Ulcère perforant. Voisinage du pylore. Péritonite
Opération au bout de 36 heures. Mort le lendemain

Jeune fille, 17 ans, sujette depuis 6 mois à des phénomènes dyspeptiques et à des vomissements. Le 22 juin 1899, en train de traire une vache, prise de douleurs violentes et de perte de connaissance. Portée d'urgence à l'hôpital.

Diagnostic : Péritonite par perforation. 23 juin, à 5 heures du soir, *laparotomie*. Liquide séro-purulent inodore. Sur la paroi antérieure de l'estomac, entre la petite et la grande courbure, près du pylore, orifice de la perforation arrondi, large comme une pièce de 50 centimes. *Trois sutures ferment l'orifice*. Lavage de la séreuse à l'eau boricuée chaude après désinfection de surface opératoire au sublimé. Drainage et pansement, durée 1 heure 1/2. Le soir, pouls 128, température 38° 5. Vomissements et douleurs persistent. Col-lapsus et mort 24 heures après l'intervention.

Autopsie. — Diaphragme refoulé jusqu'au troisième espace inter-costal. La plèvre contient 200 centimètres cubes de liquide louche. Péritonite suppurée. Second ulcère sur la paroi postérieure de l'estomac, empiétant sur la substance du pancréas

OBSERVATION IV

Stelzner, 1889

Ulcère perforant, Opération au bout de 18 heures.

Mort au bout de 10 jours par abcès sous-phrénique ouvert dans la plèvre gauche.

Jeune fille présentant les signes d'une péritonite aiguë. *Laparotomie* après le début des accidents, douleur brusque. Orifice de la perforation sur la paroi antérieure de l'estomac. *Suture* de cet orifice. Mort 10 jours après.

Autopsie. — Suture en bon état. Abcès sous-diaphragmatique ouvert dans la plèvre gauche.

OBSERVATION V

Stelzner, 1889

Ulcère perforant de la face postérieure. Péritonite.

Opération au bout de 48 heures. Mort par oubli d'un second ulcère de la face postérieure, au bout de 4 jours.

Jeune fille ayant présenté les symptômes d'un ulcère rond de l'estomac lorsqu'elle fut prise des symptômes d'une péritonite sur-aiguë. On diagnostique une perforation de l'estomac consécutive à un ulcère simple et on fait la laparotomie 48 heures après le début. Des adhérences soudaient l'estomac à la paroi abdominale. On finit par découvrir une perforation sur la paroi postérieure de l'estomac qu'on oblitère par des points de suture.

4 jours après, la malade a succombé aux suites de la perforation d'un autre ulcère.

Autopsie. — Péritonite diffuse suppurée qui paraissait être la conséquence de la perforation du deuxième ulcère qui avait passé inaperçu au moment de l'opération.

OBSERVATION VI

(Walther, Société Anatomique, 1890)

Péritonite suppurée due à un ulcère perforant de l'estomac, resté latent pendant la vie. Laparotomie. Mort.

La nommée Marie G..., âgée de 17 ans, est apportée le 6 octobre 1890, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier, dans le service du Docteur Monod, suppléé par le Docteur Walther. Cette jeune fille présente tous les signes d'une péritonite aiguë suppurée : les paupières sont tirées, les yeux excavés, la face pâle. Le pouls est fréquent, petit. La température axillaire est de 38° 8. Le ventre est ballonné, sonore à la percussion. Langue sèche. Quelques vomissements verdâtres.

L'intelligence est bien conservée et la malade répond très distinctement aux questions qu'on lui adresse.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Santé toujours très bonne. Jamais de dérangements gastro-intestinaux.

5 octobre dernier, subitement, douleurs violentes dans l'abdomen, accompagnées de vomissements alimentaires.

Les jours suivants, aggravation de l'état général. Le 8 octobre, *laparotomie sous-ombilicale. Résection de l'appendice trouvé sain. lavage du péritoine.*

Dans la soirée, collapsus et mort.

Autopsie. — Perforation de l'estomac.

OBSERVATION VII

Kriege, Berlin (*Klin. Wochensch.*, 1892)

Ulcère perforant. Péritonite. Opération. Guérison.

Homme, 41 ans, présentant depuis 20 ans des phénomènes de gastrite. Dans la nuit du 18 au 19 mai, éveillé par des douleurs intenses dans le ventre, surtout à l'épigastre.

Le lendemain, pas de vomissements, pas de ballonnement, pas de tympanite.

6 heures plus tard, nouvel accès douloureux, un peu de tympanisme et de tympanite, ventre rétracté. Diagnostic d'ulcère perforant.

Incision médiane supérieure. — L'ouverture du ventre donne lieu à la sortie de gaz inodores, au contenu stomacal ; les anses intestinales sont simplement un peu injectées ; quelques dépôts fibrineux sur la face antérieure de l'estomac, mais pas de perforation. Déchirure opératoire du ligament gastro-hépatique ; pas de perforation postérieure. Incision transversale de la paroi abdominale, à gauche. Sur la paroi antérieure de l'estomac, à 3 centimètres du cardia, entre la petite et la grande courbure, on trouve une perforation de la largeur d'un pois. *Orifice suturé* non sans difficulté. Occlusion de la plaie. Mèche de gaze pour drains. Complications : un abcès de la paroi et une pleurésie purulente. Guérison.

OBSERVATION VIII

Lucke (*Thèse Piermer*, 1892)

Marie Wagentrutz, 18 ans. Revue à la clinique médicale le 18 février 1892. Abdomen tuméfié, surtout dans la région ombilicale et

reste immobile pendant la respiration. Sonorité tympanique. Pas de matité dans les portions déclives.

Diagnostic. — Péritonite par perforation, due probablement à un ulcère de l'estomac.

Opération. — *Laparotomie. Resection et suture.*

A 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, on fait une incision longue de 7 centimètres. Après avoir coupé la peau et l'aponévrose, le péritoine apparaît fortement tendu. En explorant la cavité abdominale, il s'échappe une petite quantité de sérosité trouble, floconneuse. La région de l'appendice ne présente aucune apparence pathologique.

On recouvre l'incision avec des compresses chaudes. Sur la ligne médiane, à un centimètre au-dessus de l'ombilic, on fait une nouvelle incision s'étendant jusqu'à l'appendice xyphoïde ; on ouvre le péritoine et on suture à la paroi ; il y a un échappement de gaz. Il s'écoule une grande quantité de liquide trouble d'aspect purulent, avec des flocons blanchâtres ayant l'aspect de lait caillé.

En saisissant l'estomac, il s'écoule de nouvelles quantités de liquide de la profondeur, entre l'estomac et le foie.

Enfin, en écartant le foie, on aperçoit le siège de la perforation, sur la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, tout contre la petite courbure.

On enlève le liquide avec des éponges et on écarte le foie en haut et en dehors, l'estomac en bas.

On excise circulairement toute la partie voisine de la perforation et on réunit les surfaces par quatre sutures. Alors, d'après le procédé de Lambert, on réunit la séreuse de l'estomac par six fils, au-dessus de l'ouverture refermée. Lavage avec une solution salicylée chaude. On éponge ce qui reste de liquide et on recouvre la paroi de l'estomac de gaze iodoformée qu'on pourra retirer par l'angle supérieur de la plaie abdominale.

On suture la plaie abdominale supérieure au moyen de fils profonds dans la plaie inférieure, on introduit un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on injecte une solution salicylée chaude jusque dans le petit bassin. Il s'écoule une abondante quantité de pus. On fixe le

drain par un point au milieu de la plaie inférieure et on suture par des points profonds.

Durée de l'opération : 1 heure 1/4.

Le lendemain, lavement alimentaire avec cinq gouttes d'opium. Le 13 février, on change le pansement. Il s'est écoulé une assez grande quantité de liquide. On pousse une injection salycilée chaude par les drains, à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elle revienne claire. Soir et matin, lavement alimentaire avec cinq gouttes d'opium. Le 16 février, on recharge le pansement. Le ventre est insensible à la pression ; on enlève le tamponnement qui exhale une odeur fétide de lait aigre. On enlève le drain.

A 1 heure de l'après-midi, pouls très petit, très fréquent. A 3 heures 1/2, mort.

OBSERVATION IX

(Le Dentu, 1892).

Ulcère perforant ayant fait croire à une occlusion. —

Laparotomie. — Mort.)

Charles, gardien de la paix, 42 ans, quelques antécédents dyspeptiques (gastralgie, vomissements). Début bruyant ; point douloureux à l'épigastre et l'aîne gauche, vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz. Collapsus, sensibilité dans la région lombaire gauche et le cul-de-sac de Douglas.

Laparotomie médiane inférieure, liquide stomacal analogue aux matières vomies, exsudats pseudo-membraneux sur les anses intestinales. Exploration du bassin reste sans résultat, agrandissement de l'incision par en haut, perforation comme un pois à la face postérieure de la région pylorique de l'estomac. *Trois points de sutures*, lavages de la séreuse, drainage, mort en douze heures.

Autopsie. — Ulcère unique, large, festonné, ayant donné lieu à cette perforation.

OBSERVATION X.

(Hastings Gilford. — *Brit. méd. Journal*, 6 mai 1893.)

Ulcère perforant. — Opération au bout de deux jours. — Mort au bout d'un mois par abcès péri-stomacal secondaire.

Fille de 20 ans, prise le 19 octobre 1892 des accidents suivants : douleur atroce syncopale dans l'abdomen, paroi rétractée, nausées sans vomissements, respiration rapide exclusivement costale. Deuxième accès douloureux quelques heures après.

Incision verticale à gauche de la ligne blanche, débris alimentaires dans le ventre : perforation au niveau de la petite courbure permettant l'introduction d'un doigt.

Suture de l'estomac, occlusion de la plaie, drainage après lavage du péritoine. La malade est nourrie par le rectum durant les jours suivants.

Les aliments liquides introduits par la bouche dès le cinquième jour passent par la plaie cutanée. L'opérateur fait une incision du pylore pour gaver la malade. Altération progressive des forces, élévation de la température, bronchopneumonie à gauche, puis ouverture d'un foyer purulent péri-stomacal à travers la plaie. Mort le trente et unième jour après l'intervention.

Autopsie. — Pas de péritonite, abcès entre le foie et l'estomac, deux ulcères, un sur la grande courbure, cicatrisé, l'autre qui avait donné lieu à la perforation, siégeait sur la petite courbure.

OBSERVATION XI

(Loe Dickinson. — *Clinical Society*, 28 avril 1893.)

Ulcère perforant. — Opération quatorze heures après. — Mort au bout de six semaines par abcès du poulmon et pleurésie purulente.

Femme de 26 ans ayant depuis longtemps des accidents dyspeptiques. Début bruyant, douloureux.

Laparotomie quatorze heures après, perforation à la face antérieure de l'estomac, fixation de l'estomac à la paroi et de l'ulcère de la peau.

Mort au bout de six semaines d'accidents pleuro-pulmonaires.

Autopsie. — Absès de la base du poumon gauche et empyème diaphragmatique.

OBSERVATION XII

(*Revue Suisse romande*, p. 721.)

Roux présente un malade opéré pour une perforation de la face antérieure de l'estomac.

Au point de vue du pronostic, les ulcères de la face postérieure sont moins graves que ceux de la paroi antérieure. En général, la laparotomie faite pour une perforation de l'estomac est moins grave qu'après une perforation de l'intestin, car le contenu de l'estomac est moins dangereux pour le péritoine.

Homme, 62 ans, souffre depuis vingt ans de l'estomac, jamais d'hématémèses.

Dans la nuit du 15 au 16 août, douleurs violentes; on opère treize heures après la perforation. *Laparotomie*. Les anses intestinales sont rouges, à peine couvertes de fibrine dans la région du pylore. Le péritoine contient un litre et demi de sang mêlé de café noir.

Perforation assez grande pour laisser passer un doigt. Siège à la paroi antérieure. Les bords sont épaissis, indurés.

On avive, *sutures à la soie*, et on fixe au devant un paquet d'épiploon.

Péritoine lavé avec solution salée chaude. Guérison rapide.

OBSERVATION XIII

J.-H. Morse, de Norwick (*Méd. mod.*, mars 1894) fit la *laparotomie* à une jeune fille de 20 ans. Suture de la perforation. Guérison.

OBSERVATION XIV

(Mac Larren, de Carlisle. — *Méd. mod.*, 1894)

Laparotomie douze heures après le début de la perforation. Mort.

OBSERVATION XV

(Mac Larren, de Carlisle. — *Méd. mod.*, 1894)

Laparotomie neuf heures après le début des accidents. Suture de la perforation. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Mac Larren, de Carlisle. — *Méd. mod.*, 1894)

Laparotomie cinq heures après l'accident. Mort.

Cause. — Suppuration pelvienne due à un lavage insuffisant du péritoine.

OBSERVATION XVII

(*Bulletin médical*, septembre 1894, p. 839)

Morison rapporte une observation de jeune fille, 23 ans, chez laquelle était survenue une perforation de l'estomac après ingestion trop copieuse et trop rapide de pain et de lait. La perforation s'était manifestée une heure après le repas, par une douleur violente.

On nota très rapidement de la matité dans les flancs. Collapsus très prononcé. L'abdomen fut ouvert 2 heures après le début des accidents et on trouva une perforation de la paroi postérieure.

Suture de la perforation et nettoyage. La malade parut se remettre bien, mais le neuvième jour, elle mourut. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XVIII

(M. Michaux, chir. des hôp. de Paris, Congrès de Lyon 1894)

Perforation d'un ulcère de l'estomac. *Laparotomie précoce,*
Suture. Guérison.

Dans la nuit du 27 au 28 septembre 1893, vers une ou deux heures du matin, le nommé P..., âgé de 31 ans, terrassier au service de la Compagnie des chemins de fer, en soulevant un rail, éprouva une vive douleur dans la région épigastrique, avec sensation de déchirement intérieur. Une demi-heure après, la souffrance ne diminuant pas, il va à la cantine prendre un quart de litre de vin. A peine a-t-il ingéré ce liquide qu'il sent une douleur extrêmement vive dans la région de l'estomac. Vers 5 heures, il est pris d'un vomissement bilieux abondant ; les souffrances ne diminuant pas, le malade est transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service du Docteur Labbé, salle Marjolin, n° 18.

Le 28 septembre, à la visite, je le trouve dans l'état suivant : la figure peu altérée, le pouls plein, peu fréquent, environ 80 pulsations ; température 38° 2. Il n'y a pas eu de vomissements depuis la nuit. Le malade se plaint d'une vive douleur épigastrique ; le ventre n'est pas ballonné, il est plutôt rétracté, il est dur, tendu surtout dans la région des muscles droits, particulièrement dans leur partie sus-ombilicale. Il n'y a pas eu de selles depuis l'accident. En présence de ces signes, malgré la conservation de l'état général et l'absence de collapsus, je soupçonne une déchirure de l'estomac ou de la première partie de l'intestin grêle et je propose une opération au malade. J'obtiens son consentement et l'opération est pratiquée séance tenante.

Incision exploratrice étendue de l'appendice xyphoïde jusqu'au voisinage de l'ombilic. A peine la paroi est-elle incisée que nous voyons s'écouler du péritoine ouvert du vin peu altéré et quelques débris alimentaires du repas de la veille au soir. L'incision agrandie avec les ciseaux, je constate qu'il s'agit bien d'une perforation de l'estomac siégeant très haut et très profondément sur la face anté-

rieure, tout près du cardia. La perforation est linéaire, de 10 à 15 millimètres de long ; les bords en sont violacés, amincis ; elle laisse échapper, dans les mouvements de la respiration, de nouvelles quantités de liquide qui descendent vers l'ombilic, en avant du grand épiploon dont l'étalement protège les anses intestinales.

La situation profonde de l'ulcère nous oblige à agrandir encore notre incision par en bas. Le bord antérieur du foie est largement relevé et maintenu par un aide. Les parties inférieures et latérales de l'abdomen sont protégées avec des éponges ; lavage à l'eau bouillie.

Le foie est toujours fortement maintenu, j'essaye de fermer la perforation par quelques points de suture de Lembert appliqués sur ces bords, mais les tissus sont trop altérés, trop friables ; les minces fils de soie employés coupent de suite les tuniques traversées. Il nous est facile de nous rendre compte que la perforation occupe le centre d'un ulcère de l'estomac qui a détruit une grande partie des tuniques dans une étendue d'une pièce de 2 francs.

La suture de Lembert est alors reportée plus loin et je parviens ainsi à faire un premier plan de suture de Lembert en faisant sur la face antérieure de l'estomac un véritable pli vertical qui adosse largement les parties de la séreuse correspondant à l'ulcère. Un deuxième rang de suture séro-séreuses renforce le premier rang qu'il déborde en haut et en bas. Vu la profondeur à laquelle je dois opérer, tout près de la colonne vertébrale, sous le diaphragme et le foie, ce procédé me paraît seul possible. Les points sont très rapprochés, les tissus sains ; j'espère avoir fait une bonne occlusion de la perforation ; aucun liquide ne suinte à travers la suture. Pour plus de sûreté, l'incision de la paroi abdominale est laissée ouverte à son point déclive ; une mèche iodoformée protège la suture de l'estomac et les parties voisines. Pansement iodoformé. Application de glace sur le ventre. Diète absolue. Le malade est soigneusement réchauffé.

L'état reste bon. On administre au malade des lavements de peptone. Une cuillerée de lait de quart d'heure en quart d'heure. J'enlève la mèche iodoformée intra-péritonéale ; il s'écoule un demi-verre de liquide jaune rougeâtre, se séparant par le repos en deux

couches : une supérieure visqueuse, contenant de l'albumine et un peu de fibrine, et une inférieure, dépôt grisâtre contenant des globules graisseux, des hématies et leucocytes. Ce liquide ne peut être du suc gastrique, ce serait plutôt une sérosité péritonéale inflammatoire. Toutefois, je mets un gros drain de 6 cent. dans la plaie. Nourriture rectale. Après quelques jours de crainte, le liquide devient franchement purulent, assez infect. Nous n'avons donc pas de fistule gastrique, mais un simple écoulement purulent.

La plaie se referme assez vite, mais l'écoulement persiste pendant 4 à 5 mois. Enfin le trajet fistuleux restant très long, je me décide à l'incision et je tombe en effet sur une cavité profonde gastrosous-hépatique tapissée de fausses membranes purulentes que je nettoie avec soin. Je lave à la solution phéniquée forte et mets une mèche de gaze iodoformée. Un mois après, la guérison était complète, sans fistule.

OBSERVATION XIX.

Observation de M. Hartmann. — 1894 —

Perforation d'un ulcère de l'estomac. — Cœliotomie. — Drainage.
Guérison.

X., 26 ans, entre le 28 décembre 1894, à l'hôpital Bichat. Ce malade a toujours joui d'une bonne santé. A part trois vomissements et quelques troubles digestifs qui l'ont amené à entrer en 1889, à l'hôpital Lariboisière, il n'a jamais été obligé de séjourner dans un établissement hospitalier. Depuis une quinzaine de jours, il souffrait, surtout après le repas, d'une douleur dans le flanc et l'hypochondre gauche, véritable point de côté qui gênait les mouvements respiratoires. Il continuait cependant son travail et mangeait de bon appétit, lorsque, le 25 décembre, dans la soirée, il fut pris brusquement d'accidents abdominaux. Il avait déjeuné normalement à midi, et pris, à six heures moins un quart, une groseille au vin, quand à six heures, étant en train de se promener, il éprouva un malaise brusque qui n'alla pas jusqu'à la syncope, mais

qui, néanmoins l'obligea à entrer dans une pharmacie. Après y avoir pris une potion calmante, il fut ramené chez lui en voiture.

La douleur abdominale, peu marquée dans les premiers moments, allait en augmentant progressivement. En même temps survenaient des coliques violentes et du ballonnement de l'abdomen. Pas de garde-robe, pas de gaz par l'anus depuis ce moment.

Le malade est très déprimé, le ventre ballonné, tendu, d'une sonorité tympanique. Les extrémités sont froides, les yeux excavés, le pouls petit et fréquent (116), les respirations fréquentes (34 par minute). La température est 37° 4, la langue est sèche; le malade se plaint de coliques; néanmoins il n'a pas eu de vomissements.

Le 28 décembre, à 9 h. du soir. — Coeliotomie par M. Hartmann. Une petite incision est faite immédiatement au dessous de l'ombilic. Dès que le péritoine est ouvert, des gaz s'échappent avec sifflement et le ventre s'affaisse. L'épiploon présente à sa surface des exsudats fibrino-purulents; l'intestin n'est pas météorisé.

Quelques coups de ciseaux agrandissent l'incision vers l'appendice xiphoïde. Les lésions préépiploïques vont en s'augmentant à mesure qu'on s'élève. Des exsudats fibrino-purulents recouvrent la vésicule biliaire et la face inférieure du foie. Entre celui-ci et l'estomac se trouve un épanchement de liquide ressemblant à du lait mélangé de pus; en remuant un peu l'estomac, un flot de ce liquide arrive dans le champ opératoire limité par des compresses stérilisées. On constate que des liquides sortent de l'estomac par un orifice situé au voisinage du cardia sur sa face antérieure. Comme cette partie de viscère ne peut être amenée dans la plaie, fixée qu'elle est en arrière et que l'état du malade ne nous semble pas permettre de prolonger l'opération, nous limitons avec un barrage de gaz iodoformée une vaste cavité entre le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme, cavité dont nous assurons l'évacuation par la pose de deux énormes drains en canons de fusil. Toute la partie inférieure de la plaie est fermée par une suture à deux étages; un surjet à la soie réunit la paroi musculo-aponévrotique; la peau est suturée par des points séparés au crin.

Le 29 soir, 39° 4. 104 puls. Diète. Lavements alimentaires. L'écoulement du suc gastrique est mêlé de grumeaux de lait.

Le 6, l'écoulement gastrique diminue progressivement, l'alimentation solide est commencée le 24 janvier, et le 17 février le malade part guéri en convalescence.

Nous le revoyons le 26 mars ; il a repris son travail de chaudronnier, se porte bien, mange et digère bien, ne se plaignant que d'une légère douleur dans l'épaule gauche pendant l'heure qui suit le repas.

Le 18 septembre 1898, le malade va toujours bien ; il ne se plaint plus de sa douleur. La cicatrice est un peu irrégulière, mais sans éventration.

OBSERVATION XX

Bennett, 1896. — Relatée par Braün.

Laparotomie. — Occlusion de la perforation par bouchon épiploïque.

Un homme de 32 ans, présentant les symptômes d'une perforation péritonéale, est admis le 26 avril 1896 à l'hôpital Saint-Georges, à Londres. Bennett fait une incision sur la ligne médiane, au dessous de l'ombilic et trouve de la péritonite généralisée. Il introduit la main vers la partie supérieure de l'abdomen et fait sortir un flot de liquide, mêlé à des débris d'aliments. Il en conclut à une perforation de l'estomac, et trouve bientôt celle-ci longue de un pouce et demi (3 centimètres) à 2 centimètres environ du pylore. Les parties avoisinant cette ouverture étaient dures et infiltrées sur une étendue d'environ trois pouces. La réunion directe des lèvres de l'ouverture était impossible, étant donnée la résistance des tissus, car les sutures coupèrent les tissus, à cause de leur résistance à un rapprochement immédiat. Bennett prit alors un morceau d'épiploon et comme on bouche une bouteille, en ferma l'ouverture de l'estomac. Ce morceau d'épiploon resta fixé par son épaisseur même et aussi par une suture à travers la paroi de l'estomac, et plus loin, après 4 ou 5 sutures espacées, faites aussi dans la paroi stomacale, il réséqua son pédicule péritonéal. Cette occlusion faite, il nettoya la cavité abdominale de tous les débris alimentaires qui s'y trouvaient et ferma la plaie.

Le malade sortit rapidement de son collapsus et put, après une guérison sans incidents, être évacué le 10 juin 1896 dans une maison de convalescents.

OBSERVATION XVI

Un tumeur latent de l'estomac. — Perforation. — Péritonite suraiguë. — Mort. — 1897, in thèse de Guerchouni.

Le 27 décembre, un homme âgé de 28 ans est amené à l'hôpital dans le service de M. Reclus.

Il raconte que deux jours avant, en voulant monter un escalier, il ressentit une vive douleur dans tout l'abdomen, avec irradiation dans l'épaule gauche. Il s'était toujours bien porté et n'avait jamais souffert de son ventre.

Il n'avait jamais eu d'hématémèse, il avait vomi une seule fois, un jour avant son entrée. Les yeux excavés, la langue chargée, le malade est constamment couvert de sueurs froides.

Il a les extrémités froides, cyanosées. Respiration gênée, pas de pouls radial, mais le pouls fémoral montre qu'il a 128 pulsations par minute. T. 38°.

L'abdomen est gros, distendu, la moindre pression lui détermine de vives douleurs et en cherchant si un point était plus douloureux que l'autre, en dirigeant l'exploration du côté de la fosse iliaque droite, cette exploration est négative. Le malade souffre de partout. Il n'y a pas de matité sauf dans les parties déclives.

M. T.-L. Faure, appelé d'urgence, pense que l'on se trouve en présence d'une péritonite par perforation sans pouvoir déterminer l'endroit de la perforation. Comme l'état du malade est très grave, M. Faure fait une *laparotomie sous-ombilicale* à la cocaïne.

Le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité de liquide louche, sale, et vers la fin, des gouttes de pus qui venaient du côté du cæcum. Drain. Pansement.

Le malade meurt cinq heures après.

A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée et une perforation de l'estomac. A cet endroit, on trouve un ulcère rond, près de la partie moyenne de la petite courbure sur la face antérieure de l'estomac.

OBSERVATION XXII

(Braün.— *Central Blatt für der Chirurgie*, Leipzig, 1897.)

Laparotomie.— Procédé du bouchon épiploïque.

Femme Urte R. entre à la clinique chirurgicale de Königsberg, avec tous les symptômes de péritonite généralisée. Passé gastrique, Diagnostic de perforation stomacale.

Laparotomie sus-ombilicale. Incision de 15 centimètres allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A l'ouverture de l'abdomen, un liquide louche s'écoule. On relève le foie adhérent à l'estomac ; sur la paroi antérieure de l'estomac, on aperçoit une perforation de 3 à 4 centimètres de diamètre. La paroi stomacale est mince comme une feuille de papier, sur une assez grande étendue tout autour de la perforation.

On essaye de suturer : les fils coupent les tissus friables et cet essai inutile augmente la fente d'un centimètre. La gastrostomie est impraticable par suite des adhérences. Le grand épiploon est alors amené sur l'orifice stomacal et fixé à une certaine distance de la perforation par plusieurs points de suture à la soie, dans la paroi antérieure de l'estomac. L'opération est complétée par la gastro-entérostomie, pour dériver les liquides stomacaux.

Suites opératoires excellentes. La malade sort de l'hôpital deux mois après complètement guérie.

•

OBSERVATION XXIII

(Société des Sciences médicales de Lyon, mars 1898. — X. Delore.)

Laparotomie. — Marsupialisation.

M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, rapporte l'observation d'un homme de 42 ans qu'il a opéré dans le service de M. Poncet, pour une péritonite par perforation d'un ulcère latent de l'estomac.

Il s'agit d'un homme qui souffrait depuis quatre ans de vagues troubles gastriques, sans qu'on ait pu à aucun moment diagnostiquer un ulcère. Le 15 mars, cet homme qui avait pris son repas comme à l'ordinaire, à 7 heures du soir, ressentit brusquement, à 11 heures, une violente douleur dans la région épigastrique, suivie d'un unique vomissement bilieux.

Il fut examiné à l'Hôtel-Dieu par MM. Lyonnet, médecin des hôpitaux, et Martin, interne des hôpitaux. Comme il existait de l'empatement dans la fosse iliaque droite, on put croire un instant à une péritonite par perforation appendiculaire. Néanmoins, en raison du début par une douleur épigastrique, des troubles gastriques antérieurs, du tympanisme hépatique, d'une voussure sus-ombilicale, de la rareté des vomissements, enfin d'une crépitation gazeuse manifeste sus-ombilicale, M. Lyonnet posa de préférence le diagnostic de perforation de l'estomac et nous l'adressa aussitôt.

Nous pratiquâmes une laparotomie médiane sus-ombilicale trente-sept heures après les premiers signes de la perforation, le 17 mars. A l'ouverture du péritoine, issue de gaz. On tombe presque aussitôt sur un vaste abcès sous-hépatique, limité par quelques adhérences latérales, mais ouvert en bas du côté de la grande cavité péritonéale. La perforation grosse comme une pièce de un franc siégeait au niveau de la petite courbure, près du pylore. La profondeur à laquelle elle était située, les adhérences anciennes qui la fixaient au foie rendaient la suture impossible. Elle fut limitée de chaque côté par des mèches de gaze, et en bas par quelques points de suture qui fixaient l'épiploon à la paroi abdominale.

Laparotomie sous-ombilicale pour drainer le péritoine. Nous trouvons dans la fosse iliaque droite une vaste collection suppurée, qui avait donné les signes d'une collection appendiculaire. Epanchement analogue dans le cul-de-sac de Douglas ; le péritoine est drainé par un gros drain et un tamponnement à la Mickuliz.

Pendant trois jours, alimentation exclusive par des lavements alimentaires et des injections de sérum artificiel : 500 grammes matin et soir.

Dès le lendemain de l'opération, la température était à 37°₂ et 38° pas de vomissements, le ventre était devenu souple ; trois jours après le malade rendait des gaz et quelques matières par l'anus. On lui permit l'alimentation lactée.

Le 25 mars, huit jours après l'opération, l'état était remarquable. La guérison semblait assurée. Cet homme le crut lui-même, car, sans écouter les avis, il se levait, faisait des efforts violents et mangeait en cachette, ainsi que le prouva l'autopsie, des figues et des châtaignes. Il fut pris alors d'une vive douleur épigastrique avec dyspnée, les vomissements reparurent, la fièvre s'élève. Le pansement montra que les adhérences protectrices avaient été rompues et que le liquide stomacal s'était de nouveau infiltré dans le péritoine.

Mort deux jours et demi après, exactement dix jours après la laparotomie.

OBSERVATION XXIV

Ulcère perforé de l'estomac. — Cœliotomie. — Mort (Hartmann).

Le nommé J. S..., 49 ans, entre le 23 mai 1898 à l'hôpital, salle Jarjavay, lit n° 12.

La veille il était en bonne santé. Le jour même de son entrée à l'hôpital, à 2 heures du matin, il a eu un vomissement alimentaire abondant, sans douleur. Il alla vider le vase dans lequel il avait

recueilli les matières vomies et en regagnant son lit, il ressentit tout-à-coup une douleur déchirante au niveau de la région épigastrique. Bientôt cette douleur s'irradia dans toute la partie supérieure de l'abdomen avec un maximum au niveau de l'épigastre.

Pas de vomissement dans le courant de la journée. A 5 heures du soir il entre salle Jarjavay.

Ce qui frappe surtout quand on examine le malade, c'est son rythme respiratoire. La respiration est courte, très fréquente, à type supérieur. On compte 40 respirations par minute, avec de très grandes variations suivant le moment où l'on examine le malade.

Le ventre est légèrement ballonné, d'une sensibilité exquise à la pression, surtout dans la partie supérieure sonore dans toute son étendue, même au niveau du foie. On ne voit pas d'anses intestinales dessiner leurs contours à travers la paroi.

La langue est sèche, la parole entrecoupée. Le pouls est petit, lent (72) irrégulier. $T = 37^{\circ} 5$. On sonde le malade, et on retire 200 gr. d'urine claire. Depuis le matin, le malade n'a pas rendu de gaz ni de matières par l'anus. Le toucher rectal montre l'existence d'hémorroïdes internes, assez volumineuses.

Le malade répond difficilement aux questions. Il indique cependant, que, depuis une dizaine d'années, il a des vomissements alimentaires qui surviennent vers deux ou trois heures du matin. Depuis un an, il se plaint de douleurs épigastriques, exagérées par l'ingestion des aliments. Pas d'hématémèse.

En présence des commémoratifs, du début brusque avec douleurs atroces, de l'absence des vomissements, de la sonorité hépatique; l'interne, M. Grosset, porte le diagnostic de perforation de l'estomac, suite d'ulcère avec péritonite suraiguë. Le docteur Hartmann, confirme le diagnostic.

Opération par le Dr Hartmann. — Le malade est chloroformé.

Boutonnière médiane sous-ombilicale, qui montre, après ouverture du péritoine que les anses intestinales sont adhérentes à ce niveau, à la paroi postérieure. L'incision est prolongée en haut dans une étendue de 12 centimètres. Il sort une grande quantité de gaz

et de liquide stomacal avec mucus, renfermant des débris alimentaires, notamment une masse de haricots. De toute la portion sous-diaphragmatique, il y a une véritable inondation péritonéale. Au dessous de l'ombilic, les anses intestinales sont réunies par un exsudat adhésif.

L'estomac est altéré; on voit le liquide jaillir en quantité de l'hypocondre gauche et en montant sur la face antérieure de l'estomac, on reconnaît avec le doigt une perforation à bords calleux assez large pour permettre l'introduction de la pulpe de l'index et siégeant à un centimètre au dessous de la petite courbure et au voisinage du cardia.

Trois gros drains sont placés à ce niveau et ramenés en dehors au niveau de la partie supérieure de l'incision pariétale. Fermeture du reste de la plaie à la soie et au crin de Florence.

500 grammes de sérum artificiel avaient été injectés avant l'opération, ainsi qu'une piqûre de caféine.

Après l'opération, nouvelle injection de 500 grammes de sérum.

Le malade meurt le lendemain matin. L'autopsie fait constater la présence de l'ulcère perforé au point déterminé pendant l'opération sur le vivant.

OBSERVATION XXV

Ulcère simple de l'estomac. — Perforation — Péritonite généralisée.
(Par M. Vignard, interne des Hôpitaux). Vallas, 1898.

A..., Jean, 45 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, le 6 juin 1898.

Ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Le malade raconte que, depuis trois mois environ, il se sentait faible, avait maigri et souffrait du ventre. Il était ordinairement constipé. Vertiges fréquents. Jamais de vomissements, jamais de selles sanglantes.

Le 4 juin, au soir, il fut pris d'une douleur vive dans le flanc gauche sans irradiation très nette. Cette douleur fut si soudaine et si violente qu'on fut obligé de le transporter chez lui.

Depuis lors, elle a à peine diminué; la constipation est opiniâtre, les mictions rares et pénibles.

L'état général paraît très altéré; le malade est pâle, ses traits sont tirés, il répond très difficilement aux questions qu'on lui pose, et est secoué fréquemment par le hoquet. Pas de vomissements. Toux légère. Expectoration séro-purulente; dyspnée marquée.

A l'examen, on constate que l'abdomen et la région épigastrique sont ballonnés, tendus et douloureux. Ea palpation du ventre est difficile à cause des douleurs qu'elle provoque. Toutefois la percussion permet de s'assurer qu'il existe de la sonorité, voire même du tympanisme dans presque toute l'étendue de l'abdomen, sauf dans le flanc gauche où l'on trouve de la matité et de l'empâtement. C'est à ce niveau aussi que la pression est la plus douloureuse et que la tension abdominale atteint son maximum. L'exploration de la fosse iliaque gauche est pour cette raison, très difficile à pratiquer.

En présence de ces phénomènes abdominaux, et étant donnée l'existence à peu près certaine d'une collection liquide dans le flanc gauche, on transporte immédiatement le malade en chirurgie dans le service de M. le docteur Vallas.

Anesthésie à l'éther. *Laparotomie latérale gauche* qui donne issue à environ 300 grammes d'un liquide séro-purulent, contenu dans une poche limitée par des fausses membranes épaisses. De peur de les rompre, on ne pousse pas l'intervention plus loin et on se contente de drainer.

Le malade meurt dans la nuit qui a suivie l'opération.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité péritonéale s'échappent des gaz et une sérosité jaunâtre très abondante. Les anses intestinales paraissent agglutinées et dans leurs intervalles se trouvent de gros paquets de fibrine infiltrée de sérosité. La surface péritonéale des anses est injectée. Les anses de l'intestin grêle sont considérablement distendues. Les exsudats fibrineux sont répandus dans toute l'étendue de la cavité abdominale et jusqu'au dessus de la face supérieure du foie.

OBSERVATION XXVI

(Viannay, in Archives. Prov. de Chir. 1900).

Ulcère de l'estomac perforé. Péritonite généralisée. Péritonite. Mort.

M^{lle} Z..., 22 ans, entre au mois de septembre 1898, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Jaboulay.

Bien portante en temps ordinaire, sans antécédents pathologiques notables, elle a souffert depuis deux ans, à différentes reprises, de troubles gastralgiques, consistant en une sensation de brûlure après le repas, douleur en broche, vomissements alimentaires acides, renvois aigres, etc.

Il y a deux jours, elle a été prise brusquement d'une douleur vive, avec tendances syncopales, dans la région épigastrique. La douleur s'irradia bientôt dans l'abdomen, qui se ballonna rapidement. La malade eut des nausées, mais pas de vomissements.

A son entrée, cette jeune fille est dans un état de collapsus profond; ses traits sont tirés, son pouls petit, rapide, elle a du hoquet, mais toujours pas de vomissements.

L'examen de l'abdomen révèle un ballonnement intense, un tympanisme très marqué, sans aucun relief appréciable des anses intestinales.

M. Jaboulay en présence de ces symptômes pose le diagnostic ferme d'ulcère perforé de l'estomac, et afin de drainer le péritoine par son point le plus déclive, pratique immédiatement la laparotomie vaginale; il s'écoula par le vagin une assez grande quantité de pus et de gaz.

Le lendemain, on ne constate pas d'amélioration notable, les signes de péritonite persistent.

On pratique alors une *laparotomie sus-ombilicale médiane*. Le péritoine contient des gaz et du pus.

L'estomac est adhérent, au niveau du pylore, avec le lobe droit du foie. Sur la face antérieure, un peu au dessous du cardia, et près de la petite courbure, on voit une perforation à l'emporte-pièce.

On trouve une collection gazeuse et purulente sus-hépatique. On voit aussi quelques bulles gazeuses circuler derrière l'épiploon gastro-hépatique soulevé. Mais, ces bulles ayant pu venir de la grande cavité péritonéale, en entrant par l'hiatus de Winslow, on les considère comme une quantité négligeable et l'on ouvre pas l'arrière-cavité des épiploons. On respecte aussi les adhérences qui unissent le lobe droit du foie à la région pylorique.

· On se borne à suturer la perforation au moyen de trois fils séro-séreux qui l'enfouissent ; puis on draine à la gaze stérilisée sans suturer la paroi abdominale.

A la suite de cette seconde intervention, on observa une certaine amélioration ; la malade put recommencer à boire et à s'alimenter légèrement, mais la température ne tomba pas au-dessous de 38°.

Bientôt la malade se mit à tousser et à se plaindre de points de côté, en même temps que la température remontait. On assista à l'évolution d'une pneumonie droite et d'une pleurésie purulente gauche. La malade ne put faire les frais de ces deux complications et succomba douze jours après la suture de sa perforation.

Autopsie. — L'examen des organes a montré d'abord les lésions vues pendant la seconde laparotomie, et celles que l'on avait diagnostiquées du vivant de la malade, à savoir : ulcère de la face antérieure de l'estomac récemment suturé, adhérences solides entre la face inférieure du lobe droit du foie et la région pylorique, pneumonie droite, pleurésie purulente du côté gauche, due à la propagation à la plèvre, de l'infection péritonéale par les lymphatiques du diaphragme.

On trouva en outre, sous le diaphragme, une collection purulente communiquant avec l'arrière-cavité des épiploons. On regretta alors de n'avoir pas incisé l'épiploon gastro-hépatique, au cours de la seconde laparotomie.

De plus, l'estomac présentait, outre l'ulcère perforé et suturé de la face antérieure, deux autres ulcères. L'un, complètement cicatrisé, siégeant sur la paroi postérieure ; l'autre, encore en voie d'évolution, occupant la région pylorique,

OBSERVATION XXVII.

(Aimé Guinard, in Congrès de Chirurgie, 19 octobre 1898)

Jeune femme sans antécédents gastriques, prise brusquement d'une douleur angoissante au creux épigastrique suivie de vomissements, de sueurs profuses, etc. Ventre ballonné, tympanisme parfait même au niveau du foie. *Laparotomie sous-ombilicale* : des gaz s'échappent bruyamment, pas de liquide dans le péritoine. Appendice normal. Large drainage. *Mort* le lendemain.

Autopsie.— Perforation à l'emporte-pièce, siégeant sur un ulcère à bords calleux situé sur la face antérieure de l'estomac.

L'estomac adhère intimement à la face inférieure du foie par des adhérences molles, fibrineuses qui, détachées avec soin, permettent de mettre à jour une perforation de l'estomac du diamètre d'une pièce de cinquante centimes d'où s'échappe un liquide brun mélangé d'air.

OBSERVATION XXVIII

(Rioblanco.— Société des Sciences médicales de Lyon, 1898.)

Ulcère perforant de l'estomac.— Péritonite purulente généralisée.—

Laparotomie.— Procédé du bouchon épiploïque.

Un jeune soldat arrivé au corps depuis quelques jours seulement était entré à l'hôpital le jour même de l'opération, avec tous les signes d'un étranglement interne ou d'une péritonite par perforation : facies grippé, ventre très douloureux, peu distendu cependant ; sonorité à droite ; matité non déplaçable à gauche, vomissements porracés, hoquet. T. 38°,4. P. 120, petit et défaillant.

Le malade accusait l'existence d'une hernie inguinale gauche qu'il aurait rentré lui-même la veille ; depuis il ne s'était produit ni selle, ni émission de gaz. Il assignait à ses souffrances un début

brusque vers le milieu de la nuit précédente ; mais bien que l'interrogatoire fût difficile en raison de son état de faiblesse, on put encore obtenir ce renseignement que, depuis six ou huit mois, il souffrait du ventre, du dos et des épaules, et qu'à la suite de ses repas, il présentait souvent des vomissements après lesquels, disait-il, « le sang venait quelquefois. »

Le diagnostic resta hésitant entre une hernie étranglée réduite en masse et une péritonite par perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal.

La laparotomie sous-ombilicale médiane fut pratiquée séance tenante. On ne trouva pas d'agent d'étranglement, mais le péritoine était rempli de sérosité louche, et des fausses membranes fibrino-purulentes couvraient les anses intestinales et remplissaient le cul-de-sac recto-vésical.

Après exploration rapide de la région appendiculaire et ablation de l'appendice, gros et adhérent au cœcum, ne trouvant pas dans les lésions évidemment anciennes de cet appendice une raison suffisante de la péritonite actuelle, on prolongea l'incision vers l'appendice xyphoïde. Des gaz inodores s'échappèrent alors et en soulevant le bord antérieur du foie, on vit sourdre des matières alimentaires noirâtres et un peu de bile ; la face antérieure de l'estomac présentait une perforation arrondie d'un diamètre un peu supérieur à celui d'une pièce de cinquante centimes.

L'état du malade ne permettant pas de faire mieux — car pour achever l'opération, il fallut qu'un des aides pratiquât une injection intra-veineuse de 300 grammes de sérum — on se borna à tenter de fermer la perforation par une suture de Lembert. Mais les points coupèrent les dépôts fibrineux qui donnaient seuls aux bords de la perforation une apparence de résistance ; on dut se résigner à placer plus loin quelques points perforants et à fixer, en avant de cette suture imparfaite, l'épiploon relevé.

Lavage à l'eau salée chaude ; drainage ; suture de la paroi à un seul étage.

Le malade parut se relever ; il se réchauffa même un peu, mais bientôt le collapsus s'accrut et malgré injections d'éther, de caféine et de sérum, la mort survint le soir.

La pièce montre sur sa face muqueuse une ulcération beaucoup plus grande que la perforation vue sur sa face séreuse ; elle dépasse les dimensions d'une pièce de cinq francs ; ses bords sont lisses, cicatrisés, froncés ; l'excavation, au lieu de présenter la disposition habituelle en entonnoir, est excavée, plus large dans sa profondeur qu'au niveau de son bord muqueux. Son fond est extrêmement mince, renforcé seulement du côté péritonéal par des stratifications fibrineuses ; à peu près lisse, il présente, outre la perforation qui a causé la mort, l'amorce d'une seconde.

L'ulcération siège sur la face antérieure, près du milieu de la petite courbure ; l'épiploon gastro-hépatique renferme une dizaine de ganglions indurés, gros comme des noisettes. L'estomac ne montre point d'autre lésion ; pas d'induration aux bords de l'ulcère, rien au cardia, rien au pylore, rien dans le duodénum. L'intestin grêle est rempli de sang.

OBSERVATION XXIX

(Villard et Gauthier. — *Province Médicale*, 1901)

Perforation de l'estomac. — Laparotomie. — Gastrostomie temporaire.
Guérison.

Maurice B..., âgé de 35 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 19 septembre 1900, sorti le 14 novembre.

A joui jusqu'à son service militaire d'une excellente santé ; à partir de cette époque, il contracta des habitudes alcooliques et des troubles gastriques en furent bientôt la conséquence.

En 1893, première hématemèse. A partir de cette année, gastrorhagies fréquentes, cinq ou six par an ; douleurs épigastriques, calmées par les vomissements, disparaissant dans les périodes de régime lacté.

Le 17 septembre 1900, à la suite d'une douleur atroce irradiée à tout l'épigastre, le malade prit une syncope et s'affaissa sur la voie

publique. Il était midi. Le malade allait prendre son repas. Depuis la veille au soir, il n'avait absorbé qu'un peu de café, ceci le matin même avant de se rendre à son travail. Il est transporté à l'Hôtel-Dieu seulement le lendemain, à 8 heures du soir.

Les symptômes observés à ce moment étaient les suivants : facies assez bon ; le ventre légèrement ballonné, pas de disparition de la matité hépatique. L'épigastre empâté est peu sensible.

Pouls, 120. Respiration. 24 ; pas de vomissements.

Hoquet persistant.

La notion de douleur initiale violente, le hoquet, le pouls rapide, doivent faire porter le diagnostic de péritonite par perforation ; quant à la cause, le passé si net du malade, le siège de la douleur du début à l'épigastre, l'absence de vomissements depuis le début des symptômes alarmants, tout concorde à la déterminer : il s'agit d'une perforation de l'estomac particulière.

On pratique sans tarder la laparotomie. Il est 10 heures du soir. 34 heures se sont écoulées depuis la douleur initiale.

Une incision épigastrique ouvre le péritoine sus-ombilical, il y a peu de liquide dans la cavité péritonéale et l'estomac est dilaté ; quelques anses intestinales se présentent, elles sont turgescents. Sur la face antérieure de l'estomac, on découvre un foyer d'adhérences lâches, d'où s'écoule, venant de la région de la petite courbure, un peu de liquide grisâtre. On effondre ces adhérences et l'on tombe dans une collection hydro-aérique dont l'ouverture donne issue à une notable quantité de gaz et de liquides. C'est la rupture de cette poche qui a déterminé les phénomènes subits de la péritonite par perforation.

Le contenu de la collection péri-gastrique, une fois évacué avec des tampons, on découvre facilement le corps du délit : il s'agit d'une perforation, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant tout près de la petite courbure. On en tente l'oblitération, mais on doit y renoncer, les points de suture lâchant car les fils coupent le tissu friable dès qu'on essaye de les serrer. On songe alors à créer une barrière inférieure au liquide septique et l'on suture la face antérieure de l'estomac, en son milieu, à la paroi antérieure de l'estomac. Par ce procédé, on détermine la création

de deux poches, bien isolées l'une de l'autre ; la supérieure est formée par le foyer de périgastrite avec la perforation stomacale, on la draine avec un gros drain et des mèches de gaze ; l'inférieure répond à la grande cavité abdominale, on y place un tamponnement à la Mickulicz pour immobiliser et agglutiner les anses intestinales infectées.

On ne fait pas de sutures cutanées. Les jours suivants, excellent état général ; la température se maintient aux environs de 38° pendant une dizaine de jours, puis descend à la normale. Le pouls est toujours bon. Les Mickulicz sont enlevés le sixième et le treizième jour. Le 14 novembre, le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Il est revu le 9 avril 1901. Il se porte à merveille, mange de bon appétit, n'a plus de troubles gastriques et a augmenté de 8 kilogs. Il effectue très régulièrement son travail journalier.

Tableau des Interventions

Numéros	OPÉRATEURS	Années	AGE	SEXE	Temps écoulé entre perforation et opération	L'ESTOMAC était-il à l'état de plénitude ou de vacuité au moment de la perforation ?	SIEGE de la PERFORATION	NATURE de L'INTERVENTION	RÉSULTATS
1	MICKULICZ	1884	26 ans	Homme	1 jour	?	Paroi antérieure.	Suture.	Mort 3 heures après
2	STEINHAL	1888	33 ans	Homme	5 jours	?	?	Laparotomie.	Mort 4 heures après
3	MICKULICZ	1889	17 ans	Femme	36 heures	?	Paroi antérieure	Laparotomie 3 sutures	Mort 14 heures après, par second ulcère perforé de la paroi postérieure
4	STELZNER	1889	?	Femme jeune	18 heures	?	Paroi antérieure.	Laparotomie. Sutures.	Mort 10 jours après.
5	STELZNER	1889	?	Femme jeune	48 heures	?	Paroi antérieure Adhèrece de l'es- tomac à la paroi	Laparotomie Sutures.	Mort 6 jours-après par perforation due à un ulcère perforé qui a été inconnu
6	WALTHER	1890	17 ans	Femme	3 jours	?	?	Laparotomie sous- ombilicale.	Mort
7	KRIEGE	1892	41 ans	Homme	17 heures	Vide.	Paroi antérieure à 3 cent. du cardia.	Incision médiane et latérale gauche.	Guérison.

8	LUCKE	1892	18 ans	Femme	2 jours	?	?	Paroi antérieure.	Réssection de l'ulcère. Suture en deux plans. Drainage. Lavage du péritoine	Mort au 4 ^e jour.
9	LE DEXTU	1892	42 ans	Homme	4 jours	?	?	Face postérieure.	Incision sous-ombilicale, puis sous-ombilicale. Sutures Drainage.	Mort 16 heures après.
10	HASTINGS GILFORD	1893	20 ans	Femme	?	?	?	Petite courbure	Laparatomie suture	Mort.
11	L. DICKINSON	1893	26 ans	Femme	14 heures	?	?	Face antérieure	Suture de l'estomac	Mort 6 semaines après.
12	ROUX	1893	62 ans	Homme	13 heures	?	?	Face antérieure.	Avivement des bords. Suture. Lavage du péritoine	Guérisson
13	MORSÉ	1894	20 ans	Femme	5 heures	?	?	?	Suture de la perforation.	Guérisson
14	MAG-LARREN	1894	?	?	12 heures	?	?	?	?	Mort.
15	MAG-LARREN	1894	?	?	9 heures	?	?	?	Suture de la perforation.	Guérisson.
16	MAG-LARREN	1894	?	?	5 heures	?	?	?	?	Mort.

Numéros	OPÉRATEURS	Années	ÂGE	SEXE	Temps écoulé entre perforation et opération	L'ESTOMAC était-il à l'état de plénitude ou de vacuité au moment de la perforation ?	SIÈGE de la PERFORATION	NATURE de L'INTERVENTION	RÉSULTATS
17	MORISON	1894	23 ans	Femme	2 heures	La malade venait d'ingérer rapidement beaucoup de pain et de lait	Paroi postérieure.	Laparotomie. Suture, Nettoyage du péritoine.	Mort le 9 ^e jour.
18	MICHAUX	1894	31 ans	Homme	9 heures	L'estomac renfermait du vin	Paroi antérieure.	Laparotomie. Suture	Guerison
19	HARTMANN	1894	26 ans	Homme	3 jours	Le malade venait d'ingérer une grosseille au vin, 6 heures après le déjeuner de 14 h	Face antérieure au voisinage du cardia	Constipation d'une poche dont le fond est formé par l'estomac, les bords par le foie, la rate et le diaphragme soigneusement lavage	Guerison
20	BENNETT	1896	32 ans	Homme	72 heures	L'estomac renfermait des aliments.	Perforation située tout près du pyllore	Obliteration de la perforation par un bouchon d'éploon	Guerison.
21	T.-L. FAURE	1897	28 ans	Homme	2 jours	?	?	Laparotomie sous ombilicale Drain. Pansement	Mort 5 heures après
22	BRAUN	1897	?	Femme	3 jours	Non.	Paroi antérieure.	Laparotomie sous-ombilicale. Obliteration par bouchon épiploïque	Guerison.

23	DELORE	1898	41 ans	Homme	37 heures	Repas du soir à 7 heures. Premiers phénomènes aigus à 11 h. du soir.	Petite courbure près du pylore.		Mort 10 jours après. Le malade, mangeant en cachette, a provoqué la rupture des adhérences.
24	HARTMANN	1898	49 ans	Homme	15 heures	Renfermait des haricots.	Face antérieure.	Laparotomie. Drainage.	Mort
25	VALLAS.	1898	45 ans	Homme	2 jours	?	?	Laparotomie latérale gauche.	Mort
26	JABOULAY.	1898	22 ans	Femme	3 jours	?	Un peu au-dessous du cardia, près de la petite courbure.	Laparotomie vaginale et sous-ombilicale. Suture	Mort.
27	GUINARD	1898	?	Femme	1 jour	?	Face antérieure.	Laparotomie sous - ombilicale. Large drainage	Mort
28	RIOBLANC	1898	21 ans	Homme	1 jour	Renfermait des aliments.	Face antérieure.	Laparotomie sous-ombilicale, puis sous-ombilicale. Suture imparfaite. Bouclon épiploïque.	Mort.
29	VILLARD	1901	35 ans	Homme	34 heures	L'estomac renfermait des aliments.	Petite courbure. Adhérences. Poche purulente ouverte dans la grande cavité abdominale.	Laparotomie Gastrotonie lombaire	Curaison.

RÉSULTAT DES 29 INTERVENTIONS

20 MORTS — 9 GUÉRISONS

RESECTION & SUTURE		SUTURE SIMPLE		GASTROSTOMIE		BOUCHON ÉPIDERMIQUE		LAPAROTOMIE & MICKLITZ	
2 cas		12 cas		1 cas		2 cas		13 cas	
Mort	Guérison	Mort	Guérison	Mort	Guérison	Mort	Guérison	Mort	Guérison
1	1	8	4	"	1	"	2	12	1

RÉSULTATS ET INDICATIONS

Notre statistique basée sur 29 interventions donne 20 morts et 9 guérisons, soit une mortalité de 79,2 pour 100.

Ce chiffre est beaucoup supérieur aux chiffres publiés par les Allemands et les Américains : Weir et Foote, Keen et Tinker, Mickulicz arrivent à 52 pour 100 ; cela tient non pas à la supériorité de leur technique opératoire, mais à ce fait qu'ils interviennent généralement peu de temps après les premiers symptômes de perforation. En effet, d'après une statistique de M. Hartmann on voit que d'une manière générale, l'intervention rapide faite dans les douze premières heures est celle qui a donné le plus de succès.

D'après la même statistique, la mortalité baisse pour les opérations faites après la quarante-huitième heure : cela tient à ce que les malades dont la perforation s'est faite brusquement sont presque tous morts auparavant et à ce que nous arrivons aux cas de petites perfora-

tions produites lentement, accompagnées de réaction péritonéale limitée, et que nous nous trouvons en présence de ces cas intermédiaires à la perforation dans un péritoine libre d'adhérences et à la perforation lente dans un espace limité par des adhérences antérieures, perforation qui peut aboutir à la formation d'une de ces collections de pus et de gaz connues sous le nom de pyopneumo-thorax sous-phrénique, et d'abcès sous-phrénique.

Un point qui serait également intéressant à préciser, serait de savoir s'il existe des différences considérables entre la gravité des perforations produites à jeun et des perforations qui se font pendant la période de digestion gastrique. Les observations publiées sont insuffisantes à ce point de vue ; sur les 9 cas de guérison que nous avons relatés, dans deux cas l'estomac renfermait des aliments au moment de la rupture, dans 4 autres cas l'estomac était vide, enfin les 3 autres observations ne donnent aucun renseignement à ce sujet.

La diffusion plus ou moins grande des lésions est un élément qui joue également un grand rôle dans le pronostic de l'intervention. Il y a des degrés dans la généralisation au péritoine de l'infection: Jaboulay, Riobanc ont opéré dans un péritoine totalement pris. Au contraire, Braün, Hartmann, Villard ont rencontré au cours de l'opération des adhérences, lâches et peu nombreuses il est vrai, mais qui ont facilité le cloisonnement du péritoine et provoqué l'agglutinement des anses intestinales. Ils avaient évidemment affaire à une péritonite généralisée, mais cette infection suraiguë

23	DELORE	1898	41 ans	Homme	37 heures	Répas du soir à 7 heures Premiers phénomènes aigus à 11 h. du soir.	Petite courbure près du pylore.	Laparotomie sous-ombilicale et sous-ombilicale. On limite une poche par des mèches de gaze et fixation de l'épiploon à la paroi abdominale.	Mort 10 jours après. Le malade, mangeant en cachette, a provoqué la rupture des adhérences.
24	HARTMANN	1898	49 ans	Homme	15 heures	Rentrait des haricots.	Face antérieure.	Laparotomie. Drainage.	Mort
25	VALLAS.	1898	45 ans	Homme	2 jours	?	?	Laparotomie latérale gauche.	Mort.
26	JABOULAY.	1898	22 ans	Femme	3 jours	?	Un peu au-dessous du cardia, près de la petite courbure.	Laparotomie vaginale et sous-ombilicale. Suture.	Mort.
27	GUINARD	1898	?	Femme	1 jour	?	Face antérieure.	Laparotomie sous-ombilicale. Large drainage.	Mort
28	RIOBLANC	1898	21 ans	Homme	1 jour	Rentrait des aliments.	Face antérieure.	Laparotomie sous-ombilicale, puis sous-ombilicale. Suture imparfaite. Bouchon épiloïque.	Mort.
29	VILLARD	1901	35 ans	Homme	34 heures	L'estomac renfermait des aliments.	Petite courbure. Adhérences. Poche purulente ouverte dans la grande cavité abdominale.	Laparotomie. Gastrotomie temporaire.	Guérison.

RÉSULTAT DES 29 INTERVENTIONS

20 MORTS — 9 GUÉRISONS

RESECTION & SUTURE		SUTURE SIMPLE		GASTROSTOMIE		BOUCHON ÉPIDUOQUE		LAPAROTOMIE & MICKELICZ	
2 cas		12 cas		1 cas		2 cas		13 cas	
Mort	Guérison	Mort	Guérison	Mort	Guérison	Mort	Guérison	Mort	Guérison
1	1	8	4	»	1	»	2	12	1

RÉSULTATS ET INDICATIONS

Notre statistique basée sur 29 interventions donne 20 morts et 9 guérisons, soit une mortalité de 79,2 pour 100.

Ce chiffre est beaucoup supérieur aux chiffres publiés par les Allemands et les Américains ; Weir et Foote, Keen et Tinker, Mickulicz arrivent à 52 pour 100 ; cela tient non pas à la supériorité de leur technique opératoire, mais à ce fait qu'ils interviennent généralement peu de temps après les premiers symptômes de perforation. En effet, d'après une statistique de M. Hartmann on voit que d'une manière générale, l'intervention rapide faite dans les douze premières heures est celle qui a donné le plus de succès.

D'après la même statistique, la mortalité baisse pour les opérations faites après la quarante-huitième heure ; cela tient à ce que les malades dont la perforation s'est faite brusquement sont presque tous morts auparavant et à ce que nous arrivons aux cas de petites perfora-

lions produites lentement, accompagnées de réaction péritonéale limitée, et que nous nous trouvons en présence de ces cas intermédiaires à la perforation dans un péritoine libre d'adhérences et à la perforation lente dans un espace limité par des adhérences antérieures, perforation qui peut aboutir à la formation d'une de ces collections de pus et de gaz connues sous le nom de pyopneumo-thorax sous-phrénique, et d'abcès sous phrénique.

Un point qui serait également intéressant à préciser, serait de savoir s'il existe des différences considérables entre la gravité des perforations produites à jeun et des perforations qui se font pendant la période de digestion gastrique. Les observations publiées sont insuffisantes à ce point de vue ; sur les 9 cas de guérison que nous avons relatés, dans deux cas l'estomac renfermait des aliments au moment de la rupture, dans 4 autres cas l'estomac était vide, enfin les 3 autres observations ne donnent aucun renseignement à ce sujet.

La diffusion plus ou moins grande des lésions est un élément qui joue également un grand rôle dans le pronostic de l'intervention. Il y a des degrés dans la généralisation au péritoine de l'infection : Jaboulay, Rioblanco ont opéré dans un péritoine totalement pris. Au contraire, Braün, Hartmann, Villard ont rencontré au cours de l'opération des adhérences, lâches et peu nombreuses il est vrai, mais qui ont facilité le cloisonnement du péritoine et provoqué l'agglutinement des anses intestinales. Ils avaient évidemment affaire à une péritonite généralisée, mais cette infection suraiguë

était consécutive à la rupture d'une poche purulente préformée, et environnant un ulcère déjà perforé depuis un temps plus ou moins long.

En tout cas, au point de vue chirurgical, l'indication opératoire reste la même : toutes les fois que l'on porte le diagnostic d'ulcère perforé de l'estomac, il faut opérer immédiatement.

CONCLUSIONS

La péritonite aiguë généralisée consécutive à l'ulcère perforé de l'estomac est une affection extrêmement grave : abandonnée à elle-même elle occasionne invariablement la mort : toutefois les progrès de la thérapeutique chirurgicale semblent en améliorer le pronostic.

Ce pronostic dépend en effet :

- 1° De la date précoce de l'intervention.
- 2° De l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac au moment de la perforation.
- 3° De la diffusion plus ou moins grande des lésions.

Les interventions qui ont été proposées sont :

I. — La suture de l'ulcère.

II. — La résection suivie de suture.

III. — L'oblitération de l'orifice.

1) Par le grand épiploon.

B) par la suture à la peau et la création d'une gastrostomie temporaire.

C) Par la suture à une anse intestinale par la gastro-entéro-anastomose en utilisant l'orifice de la perforation.

IV. — Le tamponnement et le drainage à la Mickulicz.

L'intervention de choix est certainement la résection des bords de l'ulcère suivie de suture. Elle est préférable à la suture simple qui risque de faire porter les fils sur des points de moindre résistance, se laissant couper au moment de l'intervention ou exposant secondairement à la péritonite par filtration.

La gastro-entéro-anastomose plus longue à exécuter n'est possible comme l'intervention précédente qu'en l'absence de toute adhérence et ne lui paraît préférable que si les lésions stomacales coexistantes étaient justifiables d'une gastro-entéro-anastomose.

Si l'ulcère occupe la face antérieure de l'estomac et que celui-ci soit resté mobile, la question de la gastrotomie peut aussi être discutée. Lorsque l'ulcère est englobé dans des adhérences et rendu de ce fait difficilement accessible aux interventions directes on en sera réduit à pratiquer le tamponnement et un drainage de la région, à moins qu'un organe voisin ou un fragment épiploïque ne puisse être amené au contact de l'ulcère pour en obtenir l'orifice.

Enfin dans les cas particulièrement graves et où l'état général nécessiterait une intervention de courte durée, on se contentera de faire une laparotomie et un large drainage à la Mickulicz.

Nous avons pu réunir 29 observations de péritonite généralisées par perforation d'ulcère stomacal, traitées chirurgicalement, avec 20 morts et 9 guérisons :

2 cas traités par la resection suivie de suture, 1 mort,
1 guérison.

12 cas traités par la suture simple, 8 morts, 4 guérisons.

1 cas traité par la gastrostomie, 1 guérison.

2 cas traités par le procédé du bouchon épiploïque,
2 guérisons.

13 cas traités par laparotomie et le Mickulicz, 12 morts,
1 guérison.

En résumé, ce sont l'état anatomique des lésions et
l'état général du malade qui guideront le chirurgien
dans le choix de l'intervention.

Le Président de la Thèse,

PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 novembre 1901.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Auffray.* — Thèse de doctorat, Paris 1897-98.
Bennett. — Lancet, 98.
Braun. — Central-Blatt für chirurgie Leipzig 1897, p. 739.
Chapt. — Thèse de doctorat, Paris 1894-95.
Collin. — Thèse de doctorat, Paris 1893-94.
Choppin. — Thèse de Paris, 1896.
Delore (X.). — Lyon-médical, année mars 1898, p. 127.
Doyen. — Trait. chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum.
Guerchouni. — Thèse de Paris, 1897-98.
Guinard (A.). — Ulcères perforants de l'estomac. Congrès français de Chirurgie, Paris 1893, p. 320.
Hartmann. — Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie, 1893.
Hartmann. — Revue de Chirurgie, Paris 1899.
Houzé. — Thèse de doctorat, Paris 1896.
Keen et Tinker. — The surgery of the stomach. The Philadelphia Medical Journal, 11 juin 1898, t. I. p. 1104.
Le Dentu. — Bull. Acad. de Médec. 1898.
Le Dentu. — Bulletin médical, 5 mai 1897.
Le Blanc. — Thèse de Paris, 96-97
Mac Lazen. — (7 Shaw) A cure of perforated gastric ulcer with recovery after suture. Scottish. H. a S. I. Edim. 1900 VII. 319-323.
Margery. — Thèse de Lyon, 1892.
Marion. — Thèse de doctorat, Paris 1897.
Martinet. — Thèse de Paris, 1898-99.

- Mickulicz.* — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für chirurgie. XX VI. Congress 1897.
- Mickulicz.* — Berliner klinische Wochenschrift. 1897-98.
- Michaux.* — Société de Chirurgie, 1896-98.
- Michaux.* — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1896
- Michaux.* — Congrès français de chirurgie de Lyon, 1894.
- Quémé.* — Société de Chirurgie, 1893.
- médical Journal. 11 Suin 1898, t. I, p. 1104.
- Rioblanc.* — Trait. chirurgical des péritonites. Archives de médecine chir. et pharm. milit. 1890, t. XVI. p. 229.
- Roper (A.-C.)* — Lancet, 20 avril 1901.
- Schwartz.* — Société de Chirurgie, 1898.
- Terrier et Hartmann.* — Chirurgie de l'estomac, Paris 1899.
- Traité de chirurgie.* Tome VI.
- Viannay (Ch.)* — Trois cas d'intervention chirurgicale pour ulcère perforant de l'estomac. Arch. prov. de chir. Paris 1900. IX. 694-106.
- Vignard.* — Province médicale, 98.
- Villard et Gauthier.* — Province médicale, 13 avril 1901.
- Walther.* — Bulletin Société anatomique.
- Weir.* — New-York médical Rec. 1887-1653.
- Weir et Foote.* — Médical News Philad. 23 avril et 2 mai 1896.
-

ALBERT PERRELLON, IMPRIMEUR, LYON.
